

# 2024年度 病後児保育 登録申込書

お一ごえ保育園

申込日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

園長 杉山 豊 宛

次のとおり、病後児保育の利用を申し込みます。

**※全児童記載してください**

|              |          |                       |                  |       |    |     |    |
|--------------|----------|-----------------------|------------------|-------|----|-----|----|
| 登録児童         | ふりがな     |                       | 性別               | 生年月日  |    |     |    |
|              | 児童名      |                       | 男<br>女           | 平成・令和 | 年  | 月 日 |    |
|              | 住所       | 〒 _____               | 自宅番号             |       |    |     |    |
|              |          |                       | 携帯番号             |       |    |     |    |
|              | 通園施設名    | ( _____ ) 保育園・幼稚園・小学校 |                  |       |    |     |    |
|              | かかりつけ医   | なし・あり 医療機関名( _____ )  |                  |       |    |     |    |
| 平熱           | _____ °C | 排便状況                  | 下痢しやすい・普通・便秘 日/回 |       |    |     |    |
| 保護者          | 順位       | 氏名(続柄)・連絡先(名称)        |                  | 家族構成  | 氏名 | 続柄  | 年齢 |
|              | ①        | 氏名                    | 続柄( _____ )      |       |    |     | 歳  |
|              |          | 自宅/携帯/勤務先Tel          |                  |       |    |     | 歳  |
|              | ②        | 氏名                    | 続柄( _____ )      |       |    |     | 歳  |
|              |          | 自宅/携帯/勤務先Tel          |                  |       |    |     | 歳  |
|              | ③        | 氏名                    | 続柄( _____ )      |       |    |     | 歳  |
|              |          | 自宅/携帯/勤務先Tel          |                  |       |    |     | 歳  |
|              | ④        | 氏名                    | 続柄( _____ )      |       |    |     | 歳  |
| 自宅/携帯/勤務先Tel |          |                       |                  | 歳     |    |     |    |

**※一時保育ご利用の方のみ記入してください**

|      |                                   |                     |           |                     |
|------|-----------------------------------|---------------------|-----------|---------------------|
| 予防接種 | BCG                               | 受けてない・受けた( _____ )回 | ロタウイルス    | 受けてない・受けた( _____ )回 |
|      | 四種混合                              | 受けてない・受けた( _____ )回 | MR(麻疹・風疹) | 受けてない・受けた( _____ )回 |
|      | 五種混合                              | 受けてない・受けた( _____ )回 | 日本脳炎      | 受けてない・受けた( _____ )回 |
|      | Hib(ヒブ)                           | 受けてない・受けた( _____ )回 | おたふくかぜ    | 受けてない・受けた( _____ )回 |
|      | 肺炎球菌                              | 受けてない・受けた( _____ )回 | 水痘        | 受けてない・受けた( _____ )回 |
|      | その他                               |                     |           |                     |
| 喘息   | 喘息                                | なし・あり ( 継続治療中・治療済 ) |           |                     |
|      | 内服薬                               | なし・あり 薬品名( _____ )  |           |                     |
|      | 吸入薬                               | なし・あり 薬品名( _____ )  |           |                     |
| 既往歴  | なし・あり 病名( _____ )<br>治療中・経過観察・治療済 |                     |           |                     |
| 入院歴  | 年 月 日                             | 病名                  |           | 医療機関名               |
|      | 年 月 日                             | 病名                  |           | 医療機関名               |

**※職員記入欄**

|    |  |
|----|--|
| 備考 |  |
|----|--|

# 医師連絡票

お一ごえ保育園 病後児保育室 宛

この園児は回復期である事を証明すると共に、下記の点について連絡します。

年 月 日

医療機関名 アクエア・メディカル・ステーション

医師名

## ※保護者記入欄

|         |        |          |              |              |
|---------|--------|----------|--------------|--------------|
| お子さんの氏名 | 男<br>女 | 生年<br>月日 | 平成・令和<br>( 歳 | 年 月 日<br>カ月) |
|---------|--------|----------|--------------|--------------|

## ※医師記入欄

下記の全ての項目にレ点で、チェックし、( )内は必要な場合のみ記入お願いいたします。

|                                    |  |  |
|------------------------------------|--|--|
| 診 断 名                              |  |  |
| 安 静 度                              | <input type="checkbox"/> 室内保育(他児と室内で普通に遊んでよい)<br><input type="checkbox"/> 室内保育と戸外保育(短時間の戸外保育はよい)   |  |
| 食 事 ( 昼 食 )                        | <input type="checkbox"/> ミルクのみ <input type="checkbox"/> 離乳食(後期・完了期) <input type="checkbox"/> 幼児食   |  |
| ア レ ル ギ ー                          | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有【卵・乳・小麦・その他( )】   |  |
| 解 熱 剤 ・ 痙 攣 止 め                    | 解熱剤の使用: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( , °C以上で使用)・座薬・内服薬(薬剤名: )<br>痙攣止め使用: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( , °C以上で使用)・座薬(薬剤名: ) |  |
| 処 方 内 容                            | <input type="checkbox"/> 当院の薬剤情報提供書の通り<br><input type="checkbox"/> 他院の薬剤情報提供書の通り<br>【特記事項など】<br>( )  |  |
| 注 意 事 項                            |  |  |
| 病 後 児 保 育 利 用 期 間<br>( 最 長 7 日 間 ) | ・病後児保育が必要な期間 <input type="checkbox"/> 月 日(1日のみ)<br><input type="checkbox"/> 月 日 ~ 月 日まで  | 次回診察予定日  |
|                                    | ・上記期間後 <input type="checkbox"/> 保育園に復帰 <input type="checkbox"/> 再度利用する可能性有<br>*注意:上記期間以降の利用は再受診必要  | <input type="checkbox"/> 無<br><input type="checkbox"/> 有<br>( )月( )日 |

## 与薬依頼書(内服・点眼・ぬり薬)

※太枠の中を記入ください。

|                |  |
|----------------|--|
| 依頼年月日 20 年 月 日 |  |
| 組 園児名          |  |
| 保護者氏名          | 連絡先( )   |
| 処方を受けた病院名      |  |
| 病名             | 主な症状( )  |
| 本日持参された薬について   | 20 年 月 日 に処方された<br>( ) 日分のうち本日分  |
| 内服薬            | ①粉薬・水薬【食前・食後・その他( )】<br>②粉薬・水薬【食前・食後・その他( )】<br>③粉薬・水薬【食前・食後・その他( )】<br>※乳児の場合は、その他に時間を記入してください。         |
| 内服薬の<br>飲ませ方   | ・練り状にして飲む<br>・水に溶かして飲む<br>・口に直接入れて飲む<br>・その他( )  |
| 点眼薬            | ①右目/左目・回数( )回・時間( ) ( ) (薬品名 )<br>②右目/左目・回数( )回・時間( ) ( ) (薬品名 )<br>※2種類の薬品がある場合・使用順位がある場合は薬品名を記名してください。 |
| ぬり薬(外用薬)       | ①体の部位( )・時間( ) ( ) (薬品名 )<br>②体の部位( )・時間( ) ( ) (薬品名 )<br>※2種類の薬品がある場合・使用順位がある場合は薬品名を記名してください。           |
| 登園前の投薬         | あり・なし 登園前の投薬時間 時 分   |
| 備考             |  |

|      |             |     |
|------|-------------|-----|
| 園記載欄 | 受薬者<br>与薬時間 | 与薬者 |
|------|-------------|-----|

※病後児保育のしおり「与薬依頼書の記入のしかた」をご参照下さい。

## 与薬依頼書(解熱剤・けいれん止め)

※太枠の中を記入ください。

|                |   |
|----------------|---|
| 依頼年月日 20 年 月 日 |   |
| 組 園児名          |   |
| 保護者氏名          | 連絡先( )  |
| 処方を受けた病院名      |   |
| 病名             | 主な症状( )   |
| 本日持参された薬について   | 20 年 月 日 に処方された   |
| 座薬             | 解熱剤 ( ) °C以上で ( ) 個使用)<br>薬品名( )<br>けいれん止め ( ) °C以上で ( ) 個使用)<br>薬品名( ) |
| 内服薬            | 解熱剤 ( ) °C以上で ( ) 包・錠使用)<br>薬品名( )                                      |
| 最終<br>投薬時間     | 解熱剤 ( ) 年 月 日<br>けいれん止め ( ) 年 月 日                                       |
| 備考             |   |

|      |             |     |
|------|-------------|-----|
| 園記載欄 | 受薬者<br>与薬時間 | 与薬者 |
|------|-------------|-----|

※病後児保育のしおり「与薬依頼書(解熱剤・けいれん止め)の記入のしかた」をご参照ください

<登園届（保護者記入）>

## 登園届

お一ごえ保育園 園長殿

園児名 \_\_\_\_\_

生年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

（病名）（該当疾患に  をお願いします）

|                          |                 |
|--------------------------|-----------------|
| <input type="checkbox"/> | 麻疹（はしか）         |
| <input type="checkbox"/> | インフルエンザ         |
| <input type="checkbox"/> | 新型コロナウイルス感染症    |
| <input type="checkbox"/> | 風しん             |
| <input type="checkbox"/> | 水痘（みずぼうそう）      |
| <input type="checkbox"/> | 流行性耳下腺炎（おたふくかぜ） |
| <input type="checkbox"/> | 咽頭結膜炎（プール熱）     |
| <input type="checkbox"/> | 流行性角結膜炎（はやり目）   |
| <input type="checkbox"/> | 百日咳             |
| <input type="checkbox"/> | その他（ _____ ）    |

医療機関名： \_\_\_\_\_

発症日（症状が出た日）： \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

受診日： \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ・ \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

登園可能日： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

\_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

保護者名 \_\_\_\_\_

### ※保護者の皆さまへ

保育園は、乳幼児が集団で長時間生活を共にする場です。感染症の集団での発症や流行をできるだけ防ぐことで、一人一人の子どもが一日快適に生活できるよう、上記の感染症については、登園のめやすを参考に、かかりつけ医の診断に従い、登園届の記入及び提出をお願いします。